

Bất kỳ ai cũng có thể giới thiệu một trẻ trong độ tuổi từ 2 năm 8 tháng đến 5 năm 10 tháng cho việc kiểm tra. Việc đánh giá cho giáo dục đặc biệt chỉ có thể bắt đầu sau khi một phụ huynh/người giám hộ đã đồng ý bằng văn bản.

Ngày hôm nay: *
tháng/ngày/năm

THÔNG TIN VỀ TRẺ (*Chỉ ra một trường bắt buộc.)

A

Tên của trẻ *

Họ của trẻ *

Ngày sinh *

Giới tính *

- Nữ
 Nam
 Phi nhị giới

Chủng tộc/sắc tộc (Đánh dấu các mục thích hợp.) *

- Người châu Á
 Người da đen
 Người da trắng
 Thổ dân Mỹ/Thổ dân Alaska
 Thổ dân Hawaii/Người Đảo Thái Bình Dương khác

Tây Ban Nha/Mỹ La-tinh *

- Có
 Không

Trường học hay loại hình trông trẻ *

- Trường tư thục hoặc tôn giáo
 Trường bán công
 Trung tâm Phát triển Trẻ em
 Khu học chính Trường công DC
 Chưa ghi danh
 Không biết

Tên trường học hay chỗ trông trẻ *

Tên phụ huynh/người giám hộ *

Mối quan hệ với trẻ

Số điện thoại chính *

Địa chỉ đường phố *

Số điện thoại khác

Thành phố/Tiểu bang/Mã bưu chính *

Email *

Ngôn ngữ chính của phụ huynh/người giám hộ *

Ngôn ngữ chính của trẻ *

Lý do cho việc giới thiệu *

Trẻ được giới thiệu hiện có đang nhận hoặc đã từng nhận được bất kỳ dịch vụ nào sau đây không (Đánh dấu các mục phù hợp.) *

- Đánh giá (ví dụ: phát triển, khả năng nói, OT/PT, v.v.)
 Kiểm tra thính giác và thị giác
 Kiểm tra sự phát triển (ví dụ: ASQ, PEDS, M-CHAT, v.v.)
 IEP
 IFSP
 Kế hoạch Dịch vụ (ISP)

THÔNG TIN NGƯỜI GIỚI THIỆU (Chỉ điền phần này nếu quý vị không phải là phụ huynh của trẻ.)

B

Tổ chức người giới thiệu

Tên người giới thiệu

Email người giới thiệu

Số điện thoại người giới thiệu

Số điện thoại tổ chức

NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ (Vui lòng điền phần này nếu biết.)

C

Thông tin này giúp chúng tôi phục vụ cho gia đình, nhưng không phải là thông tin bắt buộc để thực hiện việc giới thiệu.

Tên nhà cung cấp dịch vụ y tế

Email của nhà cung cấp dịch vụ y tế

Số điện thoại nhà cung cấp dịch vụ y tế

THÔNG TIN CÁN SỰ XÃ HỘI (Vui lòng điền phần này nếu biết.)

D

Thông tin này giúp chúng tôi phục vụ cho gia đình, nhưng không phải là thông tin bắt buộc để thực hiện việc giới thiệu.

Trẻ này tham gia vào chương trình của Cơ quan Dịch vụ Trẻ em & Gia đình (Child & Family Services Agency hay CFSA)

Tên cán sự xã hội

Email cán sự xã hội

Số điện thoại cán sự xã hội

QUÝ VỊ NGHE NÓI VỀ CHƯƠNG TRÌNH EARLY STAGES BẰNG CÁCH NÀO?*

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Quảng cáo của Google | <input type="checkbox"/> Quảng cáo ấn phẩm bản in | <input type="checkbox"/> Trường học | <input type="checkbox"/> Nhân viên của Early Stages |
| <input type="checkbox"/> LinkedIn | <input type="checkbox"/> Hội thảo của Early Stages | <input type="checkbox"/> Trung tâm trông trẻ | <input type="checkbox"/> Nhân viên khác của DCPS |
| <input type="checkbox"/> Quảng cáo trên xe buýt hoặc tại trạm chờ xe buýt | <input type="checkbox"/> Sự kiện kiểm tra sự phát triển của Early Stages | <input type="checkbox"/> Cán sự xã hội | <input type="checkbox"/> Bạn bè hay gia đình |
| <input type="checkbox"/> Quảng cáo ấn phẩm trực tuyến | | <input type="checkbox"/> Bác sĩ nhi khoa hoặc bác sĩ | <input type="checkbox"/> Khác |

Vui lòng gửi qua email mẫu đã điền đầy đủ này đến referral@earlystagesdc.org (ưu tiên) hoặc gửi qua fax đến số **(202) 654-6079**.

(202) 698-8037 | info@earlystagesdc.org | www.earlystagesdc.org